

# Quiste paratubárico gigante: reporte de un caso en un hospital público de segundo nivel

## *Giant paratubal cyst: report of a case in second level public hospital*

Edgar S. Salas-Ochoa\*, Alfredo López-Rocha y Edilia N. Arce-Sánchez

Servicio de Cirugía General, Hospital General Regional No. 196, Instituto Mexicano del Seguro Social, Estado de México, México

### Resumen

**Antecedentes.** Los quistes paratubáricos gigantes son en su mayoría tumores benignos, con una incidencia del 10%. La tasa de incidencia de neoplasias es del 2 al 3%, incluyendo carcinoma papilar y neoplasias papilares serosas. **Caso clínico.** Mujer de 35 años que comenzó su condición actual 3 años después de un embarazo, con urgencia al orinar, dolor abdominal y sensación de masa abdominal, que fue diagnosticada y protocolizada en un hospital público de segundo nivel del Estado de México, tratada con cirugía abierta y con buena evolución posoperatoria.

**Palabras clave:** Quistes paratubáricos gigantes. Dolor abdominal. Masa abdominal.

### Abstract

**Background.** Giant paratubal cysts are mostly benign tumors, with an incidence of 10%. The incidence rate of neoplasms is 2% to 3%, including papillary carcinoma and serous papillary neoplasms. **Case report.** A 35-year-old woman who began her current condition 3 years after her pregnancy, with urgency when urinating, abdominal pain and sensation of abdominal mass, who was diagnosed and protocolized in a second public level hospital of the State of Mexico, treated with open surgery, and good postoperative evolution.

**Keywords:** Giant paratubal cysts. Abdominal pain. Abdominal mass.

### Introducción

Los quistes paratubáricos gigantes son en su mayoría tumores benignos, con una incidencia del 10%. La tasa de incidencia de neoplasias es del 2% al 3%, incluyendo carcinoma papilar y neoplasias papilares serosas. Suelen medir entre 1 y 8 cm. Los quistes gigantes son extremadamente raros y su diagnóstico preoperatorio es complicado; se encuentran en el ligamento ancho del útero, entre el ovario y la trompa

de Falopio, muestran un crecimiento lento y progresivo, y surgen de los restos embrionarios<sup>1,2</sup>.

El curso de la enfermedad comienza con dolor abdominal o aumento en el tamaño del hemiabdomen inferior, complicándose en aproximadamente el 3% de los casos. Estas lesiones se clasifican según su histología en quistes serosos o simples, y según su origen embrionario en quistes mesoteliales (68%), mullerianos (30%) y wolffianos (2%). Se diagnostican con mayor frecuencia entre los 30 y 40 años de edad<sup>2,3</sup>.

#### \*Correspondencia:

Edgar S. Salas-Ochoa

E-mail: s.edgarochoa@gmail.com

0009-7411/© 2022 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 06-09-2021

Fecha de aceptación: 14-01-2022

DOI: 10.24875/CIRU.21000692

Cir Cir. 2023;91(2):290-293

Contents available at PubMed

[www.cirugiaycirujanos.com](http://www.cirugiaycirujanos.com)

El diagnóstico se realiza con ecografía transabdominal o transvaginal, tomografía computarizada (TC) abdominopélvica y resonancia magnética. Las complicaciones son crecimiento rápido, hemorragia, perforación con hemoperitoneo y torsión. El diagnóstico diferencial incluye apendicitis, hidrosálpinx, hernia encarcelada, embarazo ectópico, quiste mesentérico y linfangioma abdominal.

### Caso clínico

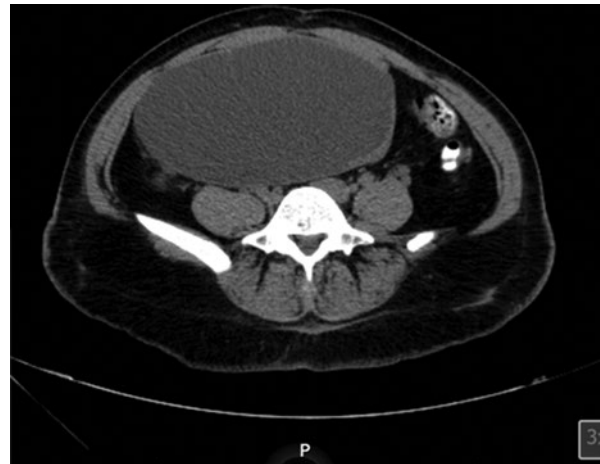
Mujer de 35 años, con hipotiroidismo diagnosticado hace 8 años en tratamiento con levotiroxina, adenoma pituitario diagnosticado hace 8 años en tratamiento con cabergolina durante 5 años, alérgica al medio de contraste y a la indometacina. Inicia su padecimiento actual hace 3 años durante el embarazo con diagnóstico de quiste en anexo derecho. Hace 4 meses comienza con urgencia urinaria, dolor abdominal y sensación de masa abdominal. Exploración física: Glasgow 15, abdomen distendido, peristaltismo normal, presencia de masa abdominal en el flanco derecho, bien definida, dolorosa a la palpación. Laboratorios: leucocitos 7 k/ul (miles por litro cúbico), hemoglobina 14 g/dl, plaquetas 328.0 k/ul (miles por litro cúbico), creatinina 0.6 mg/dl, sodio 140 mmol/l, potasio 3.9 mmol/l, examen de orina no patológico. La TC simple (Figs. 1 y 2) reporta lesión hipodensa, septos delgados ocupando la cavidad pélvica y abdominal, depende de la fijación correcta en relación con el cistoadenoma seroso, comprime la vejiga y desplaza las estructuras adyacentes.

Por los resultados de la exploración física y la TC con impresión diagnóstica de cistoadenoma seroso, al tener sospecha de un componente probablemente maligno y acorde a los recursos de hospital de segundo nivel, se optó por un abordaje abierto y se realizó laparotomía exploratoria con salpingooforectomía derecha (Figs. 3 y 4), con sangrado de 50 cc durante el procedimiento, sin complicaciones. Se deja a la paciente en vigilancia, comenzando dieta a las 8 horas, y es egresada sin complicaciones a las 24 horas del procedimiento.

El estudio histopatológico reporta tejido quístico de 17 × 17 × 3 cm, superficie externa lisa de color marrón claro brillante, con líquido transparente en su interior; la superficie interior de la cápsula también de color marrón claro, consistencia suave, superficie lisa y vascularizada; en la pared interna del quiste se encuentra estroma revestido por células epiteliales cilíndricas, sin excrecencias ni pleomorfismo; no se encuentran células neoplásicas malignas en el



**Figura 1.** Tomografía computarizada de abdomen y pelvis que muestra un quiste grande (10 × 14 cm) que ocupa la cavidad abdominal.



**Figura 2.** Tomografía computarizada de abdomen y pelvis que muestra una masa quística de contornos definidos y paredes delgadas.

material estudiado. Se integró el diagnóstico de quiste simple parasalpingeo derecho.

### Discusión

Los tumores de anexos son una de las causas más comunes de cirugía ginecológica. El 75% se encuentran en el ovario, el 10-17% en las salpinges y solo el 5-10% son paratubáricos. Pueden ser tumores benignos o malignos<sup>1</sup>. Dependiendo de su origen embrionario, pueden

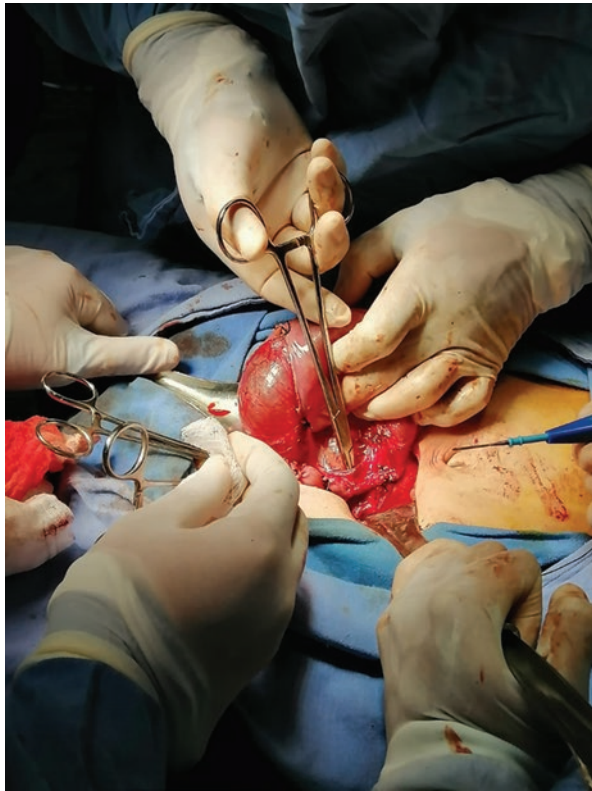


Figura 3. Resección de la masa quística.



Figura 4. Aspecto posoperatorio del quiste gigante.

ser quistes mesoteliales (68%), mullerianos o paramesonéricos (30%), o wolffianos o mesonéricos (2%). Hay pocos casos descritos de tumores gigantes.

Los cistoadenomas son tumores benignos (80%), generalmente pequeños, quistes simples en el ligamento, más a menudo en mujeres fértiles<sup>3</sup>. Las manifestaciones clínicas son el resultado del crecimiento del quiste (hinchazón y dolor abdominal), torsión, sangrado, infección o perforación del quiste, que causan dolor abdominal agudo<sup>4,5</sup>. El diagnóstico requiere exploración física y pruebas por imágenes (ecografía, TC y otras). La ecografía es el primer estudio que se realiza, y la tomografía define el tamaño<sup>6,7</sup>. Siempre es necesaria la extirpación de dichas neoplasias, sin importar el tamaño, por las posibles complicaciones, como riesgo de embarazo ectópico o torsión tubárica, debiéndose realizar una intervención quirúrgica de urgencia. El tratamiento de elección actual es extirpar los quistes por vía laparoscópica, ya que se han demostrado menor morbilidad, menor riesgo de adherencias, reducción del dolor posoperatorio y mejor resultado estético<sup>8</sup>. Siempre y cuando la sospecha de malignidad sea baja, ante la duda de un componente mixto y sospecha de malignidad no se debe elegir una técnica laparoscópica, optando por la vía abierta sin retrasar el diagnóstico y el tratamiento<sup>1,5</sup>.

## Conclusiones

La incidencia del quiste paratubárico gigante se reporta en un 10%, con un riesgo de malignización del 2.9%. El cuadro clínico se caracteriza por dolor abdominal y sensación de masa. Los estudios paraclínicos no confirman el diagnóstico; es necesario un diagnóstico posquirúrgico e histopatológico. En el presente reporte de caso se encontró que un procedimiento quirúrgico abierto sigue siendo una opción terapéutica factible cuando se tiene sospecha de malignidad o recursos limitados, evitando retrasar el tratamiento, con adecuada evolución posoperatoria, sin complicaciones y pocos días de estancia hospitalaria.

## Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Bibliografía

1. García-Puig MA, Ibarri-Jaime AJ, Ortega-León LH, Hernández-González M, Chávez L, Montalvo-Javé EE. Cistoadenoma mucinoso paratubárico gigante. Reporte de un caso. *Rev Med Hosp Gen Mex.* 2014;77:33-6.
2. Cuello M, Merino P, Etcheagaray A, Ortega JP. Distribución de la patología anexial en mujer chilena: experiencia de la Universidad Católica de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69:429-40.
3. Torres J, Íñiguez R. Quieste paraovárico gigante en la infancia. Reporte de un caso. *Rev Chil Pediatr.* 2015;86:117-20.
4. Núñez-Tronconis J, Gómez-Roque G, Perche-Fuenmayor S, Delgado-de Fox M. Quieste gigante de paraovario: reporte de dos casos. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2003;63:161-3.
5. Toufqa Z, Ayouche O, Dafiri R, Chat L. Paratubaire ou annexiel? *Presse Med.* 2019;48:336-9.
6. Mărginean CO, Mărginean C, Melit L, Săsăran V. An incidental diagnosis of a giant paraovarian cyst in a female teenager. *Medicine.* 2018;97:e13406.
7. Samaha M, Woodruff JD. Paratubal cysts: frequency, histogenesis, and associated clinical features. *Obstet Gynecol.* 1985;65:691.
8. Said MR, Bamigboye V. Twisted paraovarian cyst in a young girl. *J Obstet Gynaecol.* 2008;28:549-50.